

THIS REPORT IS FOR THE MONTH OF _____



گزارش ربع سالی واجدیت شرایط/وضعیت

برای کمک نقد، کوپن غذا، و CMSP ایالتی

این فرم را تا روز پنجم ماه گزارش تکمیل نموده، امضاء نموده و برگردانید

اگر احتیاج به کمک داشتید به کارمند خود تلفن کنید

اسم کارمند:

تلفن کارمند:

بار کد:

تقاضا برای توفیق مزایا (اگر این قسمت را پر میکنید، پشت فرم را امضا کرده و تاریخ بگذارید. میتوانید در هر موقعی دوباره تقاضا کنید.)
درخواست دارم که کمک نقد کوپن غذا CMSP Medi-Cal ایالتی من در آخرین روز متوقف شود
سال/ماه

قسمت 1: در ماه گزارش چه اتفاقی افتاد؟

1 آیا هیچکس درآمدی از یک شغل یا برنامه کارآموزی یا منبع دیگری کسب کرد؟
بله خیر
اگر پاسخ "بلی" است، کلیه درآمد را در زیر قید کرده و قبض درآمد یا هر مدرک دیگری را الصاق کنید. (برای دیدن چند مثال درآمد، به دستورات مراجعه کنید.)

\$	\$	\$	\$	\$	مبلغ ناخالص	منبع	چه کسی درآمد را دریافت کرد؟
					تاریخ دریافت		
					تعداد ساعات کار یا کارآموزی		
\$	\$	\$	\$	\$	مبلغ ناخالص	منبع	چه کسی درآمد را دریافت کرد؟
					تاریخ دریافت		
					تعداد ساعات کار یا کارآموزی		
\$	\$	\$	\$	\$	مبلغ ناخالص	منبع	چه کسی درآمد را دریافت کرد؟
					تاریخ دریافت		
					تعداد ساعات کار یا کارآموزی		

2 آیا کسی در حالیکه کار میکرد، یا دنبال کار میگشت، و یا در مدرسه یا کارآموزی حاضر میشد، هزینه مراقبت از یک کودک، شخص معلول، یا وابسته دیگری را پرداخت؟
بله خیر
اگر "بلی" تمام هزینه ها را در زیر قید کرده و مدرک را الصاق کنید.

\$	هزینه	اسم فردی که مراقبت را دریافت کرد	هزینه	منبع

3 آیا هیچکسی که کوپن غذا دریافت میکند، هزینه نفقة پچه یا نفقه همسر را به علت حکم دادگاه پرداخت؟
بله خیر
اگر "بلی" مبلغ پرداختی را در زیر قید کرده و مدرک پرداخت را الصاق کنید.

\$	هزینه	اسم شخصی که نفقة را پرداخت	هزینه	منبع

قسمت 2: از گزارش رعی قبل شما تا بهال چه اتفاقی افتاده است؟

4 آیا هیچکس به خانه تان نقل مکان کرده یا آنرا ترک کرده است، و یا شما به خانه شخص دیگری نقل مکان کردید؟
بله خیر
اگر "بلی"، قسمت زیر را پر کنید.

تاریخ تغییر	توضیح بدھید چطور شد	نسبت به من	اسم کامل شخص

5 آیا هیچکس اموالی را خرید، به دست آورد، فروخت، مبادله کرد یا بخشید؟
(برای دیدن مثالهای اموال، به دستورات رجوع کنید)

\$	ارزش	نوع اموال	چه کسی مالک اموال است یا آنرا واگذار کرد؟

6 آیا هیچکسی که در منزل شماست، برای جرم مربوط به مواد مخدره برای داشتن، استفاده یا توزیع هیچ ماده (های) کنترل شده ای محکوم شده و یا هیچکسی مشغول اجتناب نمودن یا فرار کردن از مقامات قضائی به منظور اجتناب کردن از تعقیب قانونی برای جرم، بازداشت یا زندانی شدن بعد از محکوم شدن است، و یا اینکه شرایط آزادی مشروط یا آزادی به قید التزام را نقض نموده است؟ در صورتیکه برای یک جرم مربوط به مواد مخدر محکوم شد، تاریخ محکومیت را بدهید.

بله خیر

اگر بلی، چه کسی؟ _____ تاریخ محکومیت _____

بله خیر

7 آیا هیچکدام از موارد زیر برای هیچکس در خانوار شما اتفاق افتاده است؟

- اگر "بلی": آنرا در زیر قید کرده و مدرک آنرا الصاق کنید.
- ازدواج کرد، طلاق گرفت، یا جدا شد؟
- معلول شد، معلولیت یا بیماری عمده اش بهبودی یافت؟
- پاردار شد، زاید، سقط جین عمدی یا غیر عمدی داشت؟
- مزایای بیمه بهداشتی/درمانی، دندانپزشکی، یا عمر را شروع کرد، متوقف کرد، یا تغییر داد، شامل پوشش MEDICARE ؟
- تغییر وضعیت شهروندی یا مهاجرت، یا دریافت کارت، فرم یا نامه از INS ؟
- دانش اموز 16 ساله به بالا، مدرسه یا کالج رفتن را شروع یا متوقف کرد. ممکن است بتوانید هزینه شهریه، رفت و آمد به مدرسه و غیره را مطالبه کنید.
- شروع به کار کرد یا کار را ترک کرد، شغل یا کارآموزی را رد کرد، تعداد ساعت کار یا کارآموزیش افزایش یا کاهش یافت، و یا اعتصاب کرد؟
- شروع به دریافت خدمات پشتیبانی در منزل کرد، و یا آنرا متوقف کرد.
- فقط برای کمک نقدی: کودک (کودکان) سنین 6-17 رفتن به مدرسه بطور مرتبا شروع کرد یا شروع کرد ؟

تاریخ تغییر	مبلغ	چطور شد؟	نسبت به شما	اسم شخص (اشخاص)
	\$			
	\$			

قسمت 3: انتظار چه تغییراتی را در طول سه ماه آینده دارید؟

بله خیر

8 آیا انتظار تغییری در درآمد یا هزینه ها را دارید (به استثناء هزینه مسکن و خدمات شهری)؟
اگر "بلی" آنها را در زیر قید کرده و استناد آنرا الصاق کنید. (برای دیدن مثالهایی از درآمد و هزینه ها، به دستورات رجوع کنید.)

انتظار دارید که مبلغ کل در هر کدام از سه ماه آینده چقدر خواهد بود؟	چرا تغییر خواهد کرد؟	منبع درآمد یا نوع هزینه	اسم شخص
3 ماه	2 ماه	1 ماه	

این قسمت را فقط در صورتی پر کنید که نقل مکان کرده اید یا آدرس پستی جدید دارید.

تغییر آدرس

تلفن جدید	()	زیپ کد	ایالت	شهر	شماره
					آدرس پستی جدید (اگر با آدرس منزل تفاوت دارد)
تاریخ نقل مکان		زیپ کد	ایالت	شهر	شماره
مبلغ \$		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			آیا این نقل مکان باعث شد که هزینه مسکن یا خدمات شهری شما بالا برود؟ توضیح:

گواهی

اینچنان میفهمم که: اگر بطور عمدی تمامی حقائق را گزارش نکنم یا اطلاعات غلطی راجع به درآمد، اموال، یا وضعیت خانوادگی ام بدهم تا کمک یا مزایا را دریافت کنم یا حفظ کنم، ممکن است تحت تعقیب قانونی قرار بگیرم. و در صورتی که بیش از \$400 CMSP ایالتی بطور غلط به من پرداخته شود، ممکن است به مرتكب شدن یک جرم متهم بشوم. من یک نسخه از دستورات و جزئیه ها برای گزارش ربع سالی واجدیت شرایط/وضعیت برای کمک نقد، کوین غذا، و CMSP ایالتی را دریافت کرده ام.

این گزارش را با ایستی بعد از آخرین روز ماه گزارش امضاء کرده و تاریخ بگذارید. در غیر اینصورت ناکامل شناخته خواهد شد.
اینچنان بدینوسیله، تحت مجازات برای شهادت دروغ تحت قوانین ایالات متحده و ایالت کالیفرنیا، اعلام میکنم که اطلاعاتی که در این گزارش گنجانده شده است برای تمام ماه گزارش مطابق با حقیقت و صحیح و کامل میباشد.

چه کسی پایستی در زیر امضاء کند: برای کمک نقد: شما، همسرتان که کمک دریافت میکند و والد دیگر کودکانی که کمک نقد دریافت میکند، اگر در همان خانه زندگی میکند.	برای کوپنهای غذا: رئیس خانوار، یک عضو خانوار، و یا نماینده مجاز خانوار.	برای CMSP: شما، همسر شما، و یا شخصی که از طرف فرد ذیفعه عمل میکند.
---	---	--

امضاء یا علامت	تلفن منزل	تلفن تماس	امضاء	تاریخ امضاء	امضاء همسر یا والد دیگر کودک (کودکانی) که کمک نقد دریافت میکند
	()	()	امضا، شاهد علامت، مترجم یا فرد دیگری که فرم را پر کرده است	تاریخ امضاء	